

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Prof.-Dr O. Beuttner.

L'hystérectomie supravaginale pour myome

D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE

„KELLY-BEUTTNER”

DÉVELOPPEMENT DE SA TECHNIQUE A LA CLINIQUE
GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

De 1907 à 1922.

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles BROCCARD

Médecin-chirurgien diplômé de la Confédération suisse.
Interne à la clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève.

GENÈVE

IMPRIMERIE ALBERT KUNDIG

1923

THÈSE N° 1088



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154004_0040

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Prof.-Dr O. Beuttner.

L'hystérectomie supravaginale pour myome

D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE

„KELLY-BEUTTNER”

DÉVELOPPEMENT DE SA TECHNIQUE A LA CLINIQUE
GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
De 1907 à 1922.

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles BROCCARD

Médecin-chirurgien diplômé de la Confédération suisse.
Interne à la clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève.

GENÈVE

IMPRIMERIE ALBERT KUNDIG

1923

THÈSE N° 1088

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Professeur *O. Beuttner*, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 18 juin 1923.

Le Doyen :

Dr H. CRISTIANI.

A mes chers Parents,
en témoignage de reconnaissance.

Nous tenons, au début de cette thèse, à exprimer à M. le Prof. Dr BEUTTNER, toute notre reconnaissance pour les conseils éclairés qu'il nous a sans cesse prodigués. Grâce à cette aide bienveillante nous avons pu mener ce travail à bonne fin.

Nous remercions également M. le Dr Mollow, chef de laboratoire, pour les superbes planches qu'il a exécutées à notre intention.

HISTORIQUE

Pendant les années 1900 à 1907, la Clinique Gynécologique de Genève se trouva sous la direction du Professeur A. Jentzer. Durant cette période, bien que les indications opératoires fussent plus restreintes qu'aujourd'hui, le traitement opératoire, dans le cas de myômes utérins, avait cependant le pas sur le traitement médical.

En effet, durant cette première période, de janvier 1900 à mai 1907, nous trouvons un total de 116 cas de myômes utérins. Dans 46 cas, on a institué un traitement médical consistant en repos au lit, hydrastis canadensis, injections chaudes, électricité et tamponnements.

Le traitement chirurgical a été employé dans les 70 autres cas, 15 fois par voie vaginale et 55 fois par voie abdominale.

Nous ne nous occuperons ici que des interventions par voie abdominale.

Les 55 interventions par voie abdominale se répartissent ainsi :

Laparotomie exploratrice	5 fois
Enucléation du myôme	6 fois
<i>L'hystérectomie subtotale</i>	<i>15 fois</i>
	26 fois

1) par les deux procédés de décollation de <i>Faure</i>	11 fois
2) par hémisection de <i>Faure</i>	4 fois
	15 fois

<i>L'hystérectomie totale</i>	29 fois	
1) par le procédé de <i>Bumm</i>	1 fois	
2) par le procédé de <i>Doyen</i>	28 fois	
	29 fois	55 fois

Le procédé le plus en usage était donc l'hystérectomie totale de *Doyen* et la durée de l'intervention était en moyenne de 1 h. à 1 h. 30.

De l'année 1907 à aujourd'hui, le professeur *O. Beuttner* succède au professeur *Jentzer* à la direction de la Clinique Gynécologique. Le Professeur *Beuttner* appliqua des indications opératoires beaucoup plus larges; aussi le traitement opératoire prit-il un très grand développement.

De l'année 1907 à 1923 (nous ne tiendrons compte pour cette récapitulation que des opérations abdominales) on a pratiqué 214 interventions par voie abdominale pour des myômes utérins et ces 214 interventions se répartissent ainsi:

<i>L'hystérectomie subtotalé</i>	198 fois	
1) par le procédé de décollation antérieure de <i>Faure</i>	3 fois	
2) par le procédé de décollation postérieure de <i>Faure</i>	6 fois	
3) par hémisection de <i>Faure</i>	11 fois	
4) par morcellement	2 fois	
5) par le procédé de <i>Kelly</i>	6 fois	
6) par le procédé de « <i>Kelly-modifié</i> »	49 fois	
7) par le procédé de <i>Kelly-Beuttner</i>	121 fois	
	198 fois	
<i>Enucléation (myomectomie)</i>	8 fois	
<i>L'hystérectomie totale d'après Kelly-Segond</i>	8 fois	
		214 fois

Le traitement opératoire augmentant, la technique devait s'améliorer par le fait même.

En effet, notre maître, le *Professeur Beuttner*, s'est toujours efforcé de simplifier davantage cette technique et de diminuer ainsi les dangers de l'intervention.

S'inspirant du procédé de *Kelly*, mais le modifiant dans ses temps principaux, le *Professeur Beuttner* est arrivé à un procédé original d'hystérectomie subtotale désigné chez nous sous le nom de procédé de *Kelly-Beuttner*.

Cette évolution ne s'est pas faite d'un jour à l'autre; mais a demandé bien au contraire de nombreuses années.

Le *Dr Henneberg*¹ ancien médecin adjoint de notre clinique (de 1914 à 1920) a étudié déjà cette évolution de la technique de 1907 à 1917. Reprenant ce travail plus en détail, et en le poursuivant jusqu'en 1922, nous nous proposons, dans cette thèse, de suivre année par année l'évolution de la technique opératoire de l'hystérectomie subtotale pour myômes utérins et nous terminerons en décrivant la technique d'aujourd'hui.

Année 1907

Au cours de l'année 1907, nous trouvons 16 cas de myômes utérins et sur ces 16 cas, 9 seulement ont été opérés par voie abdominale.

Dans trois cas (obs. 44, 125 et 130) on a pratiqué une hystérectomie par décollation postérieure, d'après le procédé de *J. L. Faure*. Dans chaque cas, l'intervention a duré 1 heure. Dans un cas (obs. 101) on eut recours à la décollation antérieure.

A partir du mois de mai, la clinique passe sous la direction de notre maître, le *Professeur Beuttner* et toutes les interventions sont faites par lui-même ou ses collaborateurs.

Dans le premier cas (obs. 173) il s'agissait d'un fibrome remontant à 3 travers de doigts au-dessus du pli de l'aîne droite et remplissant tout le Douglas avec un assez gros pyosalpinx à gauche. On fit alors une hémisection de *Faure*. L'intervention dura 1 h. 30.

¹ H. HENNEBERG: Evolution de la technique opératoire de l'hystérectomie subtotale pour fibrome utérin à la clinique gynécologique de Genève de 1907 à 1917 sous la direction du professeur O. BEUTTNER. (*Gynæcologia Helvetica*, 1917, p. 251. Avec 5 fig.)

Dans trois autres cas (obs. 314-334-355) on eut recours au procédé de *Kelly* typique, de gauche à droite. Les interventions durèrent 35' dans le 1^{er} cas, 39' dans le 2^{me} et 60' dans le dernier.

Enfin dans le 9^{me} cas (obs. 356) ce fut à la décollation antérieure de *Faure* que l'on s'adressa.

Année 1908

Durant l'année 1908 sur 17 cas de myômes utérins entrés à la Clinique Gynécologique, 8 seulement ont été opérés par voie abdominale.

Dans trois cas (obs. 17-239-309) on fit une hystérectomie subtotale d'après le procédé de *Kelly*, en sectionnant de gauche à droite. La durée des interventions fut de 39 minutes dans le 1^{er} cas, de 65 minutes dans le 2^{me} cas et de 55 minutes dans le 3^{me}.

Dans un cas (obs. 34) notre maître, le Professeur Beuttner, pour faciliter l'extirpation du myôme, introduisit pour la première fois, une modification au procédé de Kelly.

En effet, il appliqua, tout d'abord, des pinces de *Kocher* sur les ligaments larges et ronds, à gauche et à droite, puis sectionna de gauche à droite. L'opération dura 42'. *Cette modification de la technique reçut le nom de procédé de « Kelly modifié ».*

On fit l'hystérectomie par décollation postérieure de *Faure* dans 2 cas. Dans l'un (obs. 71) l'opération dura 35' dans l'autre (obs. 318) 60'.

Dans un cas (obs. 120) on eut recours à l'hémisection de *Faure*, car le myôme était accompagné d'un kyste de l'ovaire droit et d'un volumineux pyosalpinx. L'opération dura 1 h. 15'.

Enfin dans le dernier cas (obs. 317) on fit une extirpation totale d'après le procédé de *Kelly-Segond*. L'opération dura 1 h. 45'.

Année 1909

Sur 19 patientes atteintes de myômes utérins et traitées à la Clinique Gynécologique durant l'année 1909: 10 ont été opérées par voie abdominale.

Deux cas furent opérés par le procédé de *Kelly-Segond*. Dans le

premier cas, le myôme avait le volume d'une tête d'enfant, et était éliminé en majeure partie dans le vagin. L'opération dura 1 heure (obs. 63).

Dans le deuxième cas (obs. 100) la tumeur occupait tout le petit bassin, s'étendait dans le Douglas et était très peu mobile. Après avoir extirpé la tumeur, suturé la brèche vaginale, on péritonisa en fermant les ligaments larges d'un côté à l'autre.

Comme dans le Douglas il restait quelques surfaces cruentées, on fit une péritonisation haute¹, en fixant par quelques points de catgut l'anse sigmoïde au péritoine vésical. L'intervention dura 1 h. 10'.

5 malades ont été opérées par le procédé de « *Kelly-modifié* », modification déjà introduite en 1908; c'est-à-dire en plaçant préalablement les pinces de *Kocher* sur les ligaments de chaque côté et en sectionnant ensuite de gauche à droite.

2 fois on employa l'hémisection de *Faure*.

Dans un cas (obs. 324) il s'agissait d'un myôme du volume d'une tête de nouveau-né et d'une annexite double. L'intervention dura 1 heure; dans l'autre cas (obs. 399) le myôme était très volumineux, occupait tout le petit bassin et était accompagné de deux tumeurs annexielles. On fit une hémisection en 3 étapes. On termina l'opération par une péritonisation haute, en fixant l'anse sigmoïde au péritoine vésical.

Enfin dans le dernier cas (obs. 486) on ne fit qu'une énucléation du myôme.

Dans ces 10 interventions on fit 9 fois une laparotomie transversale de *Rapin-Küstner Pfannenstiel* et 1 fois (obs. 324) la laparotomie médiane.

Année 1910

En 1910, nous trouvons 29 cas de myômes utérins et sur ces 29 cas, il y eut 15 fois une intervention par voie abdominale, 12 fois, on employa le procédé de « *Kelly-modifié* » et 1 fois l'hémisection de *Faure*. Dans un cas, on fit une hystérectomie totale d'après le pro-

¹ Voir O. BEUTTNER: *Technique opératoire des plaies péritonéales du bassin de la femme*. Chapitre III, page 103. (Edit. Orell Füssli, Zurich, 1918).

cédé de *Kelly-Segond* et dans un autre cas, une simple énucléation du myôme.

Dans le cas (obs. 187) où l'on pratiqua l'hystérectomie subtotale par hémisection, il s'agissait d'un myôme de la paroi antérieure de l'utérus, avec tumeur tubo-ovarique droite et salpingite gauche. L'opération dura 32'.

Dans un cas (obs. 416) on ne fit qu'une énucléation car il ne s'agissait que d'un petit myôme sous-séreux se trouvant sur la paroi postérieure de l'utérus. Dans un autre cas (obs. 86) on se trouva en présence d'un énorme myôme du volume d'une tête d'adulte remplissant toute l'excavation pelvienne et qu'on eut beaucoup de peine à extérioriser. On fit une hystérectomie totale d'après *Kelly-Segond*. L'opération dura 60 minutes, et l'ouverture de l'abdomen et l'extirpation du myôme ne prit que 7'. Dans les douze autres cas, l'opération pratiquée fut l'hystérectomie subtotale d'après la méthode de « *Kelly-modifié* ».

Dans six cas (obs. 11-48-130-145-166-247) la technique fut la même qu'en 1909. On plaçait les pinces de *Kocher* sur les ligaments spermatiques et ronds de chaque côté; puis on pratiquait l'hystérectomie de gauche à droite, après avoir incisé le péritoine sur la face antérieure de l'utérus.

Mais à partir du mois de juillet (obs. 264) on introduisit une nouvelle modification de la technique: Après avoir extériorisé la tumeur et placé des pinces de *Kocher* sur les ligaments spermatiques et ronds de chaque côté, on place, sur chaque trompe et parallèlement au bord de l'utérus une nouvelle pince de *Kocher*. On sectionne aux ciseaux le ligament large gauche, puis le ligament large droit: Après avoir refoulé la vessie, on sectionne le col.

Dans ce cas, la durée de l'opération fut de 25'. Dans 4 autres cas, (obs. 276-304-455-481) on utilisa la même technique.

Dans ces 12 cas, le mode de péritonisation fut identique. Après fermeture du moignon du col, par quelques points au catgut, après ligature des artères utérines, des ligaments ronds et spermatiques, on péritonisait en appliquant l'un contre l'autre les deux feuillets des ligaments larges, par un catgut continu partant du ligament spermatique gauche et se dirigeant vers le ligament spermatique droit.

Pour ces 15 opérations, on fit 6 fois la laparotomie médiane et 9 fois l'incision transversale de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel*.

Année 1911

Sur 15 myômes utérins opérés par voie abdominale on fit 3 fois l'énucléation des myômes et 12 fois l'hystérectomie subtotale par le procédé de « *Kelly-modifié* ». Dans les trois cas de myomectomie, on a fait l'énucléation des myômes du volume d'une noix, d'une orange, d'un poingt, avec ventrofixation de l'utérus rétrofléchi dans le 1^{er} cas (obs. 177), annexectomie droite et extirpation d'un hydrosalpinx dans le 2^{me} (obs. 262) et résection d'un ovaire sclérokystique dans le 3^{me} cas (obs. 201).

Pour les douze autres malades on pratiqua l'hystérectomie subtotale d'après la méthode de « *Kelly modifié* ». La technique fut identique à celle de 1910.

Dans ces 15 cas, opérés par la voie abdominale, on fit 7 fois la laparotomie médiane et 8 fois l'incision de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel*.

Année 1912

Dans 11 cas seulement de myômes utérins, on pratiqua une intervention abdominale.

Dans un cas (obs. 403), on eut recours à une hystérectomie subtotale par décollation postérieure de *Faure*. L'abdomen ouvert on se trouva en présence d'un volumineux myôme remplissant presque toute la cavité abdominale, difficilement extériorisable et fortement adhérent aux organes voisins.

L'opération dura 53'.

Dans deux autres cas, on fit une hystérectomie totale; dans le 1^{er} cas (obs. 501) on se trouva en présence d'un myôme suspect de dégénérescence sarcomateuse. On fit l'hystérectomie totale d'après le procédé de *Kelly-Segond*.

Dans le 2^{me} cas (obs. 507), après avoir ouvert l'abdomen, on tombe sur une volumineuse tumeur du volume d'une tête d'adulte et de laquelle s'échappe des masses spongieuses. On pratiqua une hystérectomie totale en 2 temps, d'abord une hystérectomie subtotale d'après le procédé de *Kelly modifié*, puis l'on termina l'opération par une extirpation du col.

L'opération dura en tout 46'.

8 cas furent opérés par le procédé de *Kelly modifié*.

Dans 6 cas (obs. 30, 58, 62, 165, 331, 361), la technique employée fut identique à celle de l'année précédente.

Dans les deux derniers cas (obs. 498, 539), on introduisit une nouvelle modification: On remplaça les pinces de Kocher placées sur les ligaments spermatiques par une forte pince de ligament de Faure; comprenant tout le ligament large jusqu'au bord de l'utérus.

Dans ces 11 opérations, on pratiqua 5 fois la laparotomie médiane et 6 fois l'incision transversale de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel*.

Année 1913

Durant cette année, 12 cas de myômes utérins furent opérés par voie abdominale.

Dans un cas (obs. 32), on ne fit qu'une énucléation. Il s'agissait d'un volumineux myôme intraligamentaire suppuré et adhérent à l'anse sigmoïde. On énucléa la tumeur et l'on extirpa en même temps les annexes du côté gauche. L'opération dura 40'.

Dans les 11 autres cas, l'opération fut l'hystérectomie subtotale d'après le procédé de *Kelly modifié*. La technique ne subit aucune modification et resta la même qu'à la fin de 1912.

Dans un cas (obs. 522), on hésita sur la technique à suivre. L'abdomen ouvert, on se trouva en présence d'un utérus fibromateux avec un épithéliome du col assez conséquent. Fallait-il pratiquer l'hystérectomie totale ou subtotale? On choisit l'hystérectomie subtotale afin d'éviter une dissémination du tissu néoplasique dans la grande cavité abdominale.

L'on termina l'opération par une cautérisation du col. Les 10 cas suivants furent opérés suivant le procédé de *Kelly modifié* (obs. 97-124-169-319-343-423-443-548-567-587).

Et dans ces 10 opérations on pratiqua 5 fois l'incision transversale sus-pubienne et 7 fois la laparotomie médiane.

A la fin de 1913, la technique employée était la suivante:

L'abdomen ouvert par une laparotomie médiane ou transversale et la tumeur extériorisée, on place de chaque côté, une forte pince de ligament de *Faure* sur toute la largeur du ligament large jusqu'au bord de l'utérus. Sur le bord utérin et verticalement à

la pince de *Faure*, on place une pince de *Kocher*. On sectionne aux ciseaux, au-dessus des pinces de *Faure*, d'abord le ligament large droit et ensuite le ligament large gauche. On incise le péritoine sur la face antérieure de l'utérus et l'on refoule en bas avec un tampon le cul de sac vésico-utérin et la vessie. Ceci fait, on attaque alors le col utérin de gauche à droite, en pinçant d'abord l'artère utérine gauche, on sectionne le col aux ciseaux, on pince ensuite l'artère utérine droite. Arrivé sur le bord droit de l'utérus, l'extirpation est terminée. (Voir fig. 1.) La péritonisation était très



Fig. 1.

simple: après avoir fermé le moignon du col par quelques points au catgut, après avoir lié les artères utérines, les ligaments spermatiques et ronds, on appliquait l'un contre l'autre les 2 feuillets du ligament large gauche, en partant du ligament spermatique gauche, et en se dirigeant vers le ligament spermatique droit, tout en recouvrant le col.

Cette technique reçut chez nous le nom de procédé de Kelly-Beuttner.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons placé 12 cas, choisis parmi les différents cas observés jusqu'en 1914. Nous y avons noté la durée des différents temps opératoires afin de pouvoir les comparer entre eux.

1	2	3	4	5	6
Cas	Observ.	Ouverture de l'abdomen et extirpation de la tumeur	Suture du col Hémostase Péritonisation	Revision de l'appendice Fermeture de l'abdomen	Durée totale de l'opération
1	130/10	3'	12'	10'	25'
2	145/10	2'	12'	6'	20'
3	247/10	9'	41'	11'	61'
4	264/10	4' 1/2	12'	8' 1/2	25'
5	276/10	3'	16'	12'	31'
6	304/10	6'	20'	10'	36'
7	379/10	3'	18'	12'	33'
8	455/10	9'	26'	13'	48'
9	3/11	10'	22'	10'	42'
10	12/11	7'	38'	11'	56'
11	122/11	10'	25'	10'	45'
12	408/11	9'	34'	12'	45'

En considérant le tableau ci-dessus, on constate que les temps indiqués à la colonne 4 sont supérieurs, dans 10 cas, à la somme des temps indiqués aux colonnes 3 et 5 ensemble. En effet, dans le cas 2, le temps de la péritonisation y compris la suture du col et l'hémostase dépasse de 4 minutes la somme des temps relatifs à l'ouverture de l'abdomen, à l'extirpation du myôme, à l'inspection de l'appendice et à la fermeture de l'abdomen. Dans le cas 3, il est supérieur de 21 minutes, dans le cas 5 de 1 minute, dans le cas 6 de 4 minutes, dans le cas 7 de 3 minutes, dans le cas 8 de 4 minutes, dans le cas 9 de 2 minutes, dans le cas 10 de 20 minutes, dans le cas 11 de 5 minutes et enfin dans le cas 12 de 13 minutes. Dans les cas 1 et 4 le temps de la péritonisation est plus court de 1 minute à la somme des autres temps. *C'est donc ce temps de la péritonisation qu'il faudra simplifier et améliorer et c'est, comme nous le constaterons plus loin, ce qui sera fait dans les années suivantes.*

Année 1914

Durant le cours de cette année, on pratiqua 16 opérations abdominales pour myômes utérins.

Et sur ces 16 interventions, on fit 2 fois une hystérectomie

subtotale par hémisection de *J.-L. Faure* et 14 fois l'hystérectomie subtotale d'après le procédé de *Kelly-Beuttner*. Dans les 2 cas, opérés par hémisection, il s'agissait dans le premier (obs. 104) d'un volumineux myôme, du volume d'une tête d'enfant, fortement adhérent à l'anse sigmoïde et impossible à extérioriser: l'on termina l'opération par une péritonisation haute d'après *Rouffart-Hénault*. Dans le second cas (obs. 33) on se trouva en présence d'un utérus fibromateux et accompagné de 2 tumeurs annexielles.

L'opération dura 45'.

Des 14 cas opérés d'après le procédé de *Kelly-Beuttner*, 8 le furent suivant la technique de 1913 (obs. 15-125-172-224-307-320-327-348).

Au mois de mai (obs. 233) on modifia complètement la méthode de péritonisation.

En effet, au lieu de partir du ligament spermatique gauche, pour arriver à travers le moignon cervical au ligament spermatique droit, on commença par ramener le péritoine vésico-utérin au-dessus du moignon du col, au moyen d'un long catgut que l'on noue au milieu; puis on remonte d'abord à gauche, ensuite à droite en adossant l'un à l'autre les 2 feuillets du ligament large jusqu'aux ligaments spermatiques gauches et droits.

On pratiqua ce mode de péritonisation dans 5 autres cas (obs. 266-385-451-480-489).

Durant cette année, on fit 7 fois la laparotomie médiane et 9 fois l'incision transversale de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel*.

Année 1915

Durant cette année, 18 opérations abdominales furent pratiquées pour myômes utérins.

Dans ces 18 opérations, nous rencontrons 3 hystérectomies subtotaux par hémisection de *J. L. Faure*, 1 hystérectomie totale d'après « *Kelly-Segond* » et 14 hystérectomies subtotaux d'après « *Kelly-Beuttner* ».

Dans les trois cas où fut pratiquée l'hémisection, il s'agissait dans le premier (obs. 24) de myômes multiples de l'utérus et d'une double salpingite; dans le deuxième (obs. 196) d'un volumineux myôme en dégénérescence accompagné d'une tumeur tubo-ova-

rienne droite; dans le troisième cas (obs. 418) on tomba sur un énorme myôme du volume d'une tête d'adulte développée surtout dans le paramètre gauche et d'un utérus complètement fibromateux.

La durée de l'intervention fut respectivement de 40' dans le premier cas, de 45' dans le deuxième et de 1 h. 45 dans le troisième.

Dans un cas (obs. 291) on se trouva en présence d'un volumineux myôme, de la grosseur d'une tête d'adulte, fortement adhérent aux organes voisins et accompagné d'un double pyosalpinx. On pratiqua alors une hystérectomie totale d'après *Kelly-Segond*. L'intervention dura 1 h. 10.

Dans les 14 cas, où fut pratiquée l'hystérectomie subtotale d'après *Kelly-Beuttner*, 8 furent opérés avec la même technique (obs. 104-214-240-243-259-322-342-353). Dans les six autres cas (obs. 439-449-485-491-534-579) on introduisit *une légère modification dans la fermeture du moignon du col* (Voir fig. 2), on le ferma par 3 points séparés au catgut, en ayant soin que le point du milieu ne traverse pas le canal cervical. Le fil prend, en effet, la partie antérieure du moignon, ressort et passe par dessus le canal cervical, puis retraverse la partie postérieure du moignon. Les chefs du fil noué en sont repérés par une pince de *Kocher*. Cette manière de procéder permet de mieux affronter les lèvres du moignon et d'éviter aussi la possibilité d'infection du catgut par les micro-organismes séjournant dans le col.

Durant cette année de 1915, on pratiqua pour ces 18 interventions 8 fois la laparotomie sus-ombilicale et 10 fois l'incision transversale de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel*.

Année 1916

En 1916, il y eut 18 cas de myômes utérins opérés par voie abdominale. Et sur ces 18 opérations, on pratiqua 17 fois l'hystérectomie subtotale de « *Kelly-Beuttner* » et 1 fois une simple énucléation.

Dans ce dernier cas (obs. 437) il ne s'agissait que d'un petit myôme sous-séreux se trouvant sur la paroi postérieure d'un utérus rétrofléchi. On ne fit qu'une simple myomectomie suivie d'une ventrofixation: L'opération dura 32'. Dans les 17 cas d'hystérectomie subtotale de « *Kelly-Beuttner* », aucune modification ne fut introduite, la technique fut celle de 1915. (obs. 172-185-200-236-237-240-294-295-355-371-376-397-420-436-506-517-519).

La laparotomie médiane fut pratiquée 7 fois, tandis que l'incision de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel* 10 fois.

Année 1917

En 1917, 17 myômes utérins furent opérés par voie abdominale. Dans tous ces 17 cas, on eut recours à l'hystérectomie subtotale d'après « *Kelly-Beuttner* ».

Dans les 3 premiers cas (obsv. 22-50-112) la technique fut identique à celle de l'année précédente.

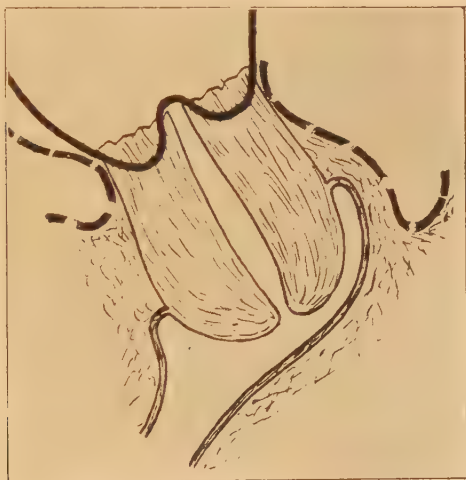


Fig. 2.

Mais dans le quatrième cas (obs. 277) *la méthode de péritonisation subit une modification importante*. En effet, dans les opérations précédentes, on avait souvent remarqué que par suite du manque de place, ou par suite du volume de la tumeur, il était impossible de placer la pince à ligaments assez bas sur le ligament large pour se ménager une marge suffisante permettant de suturer plus facilement les 2 feuillets du ligament large. Aussi pour parer à cet inconvénient, on plaçât, au moment de fermer le ligament large, une deuxième pince parallèlement et en dessous de la première, que l'on enlevât ensuite. (Voir fig. 3.)

Les 2 feuillets sont ainsi fortement accolés et la suture est beaucoup plus aisée. Celle-ci terminée, on ligatura au-dessous de la pince les ligaments ronds et spermatiques.

L'opération dura 31 minutes.

Les 13 autres cas furent opérés avec cette modification (obs. 298-359-364-387-400-442-444-484-495-562-566-581-607).

Dans ces 17 opérations, on pratiqua 10 fois la laparotomie transversale et 7 fois l'incision de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel*.

Année 1918

En 1918 on pratiqua 14 interventions abdominales pour des myômes utérins; et sur ces 14 opérations, on fit 12 fois l'hystérectomie subtotala d'après « *Kelly-Beuttner* », 1 fois l'hystérectomie subtotala par hémisection et 1 fois une hystérectomie totale.

Dans le cas (obs. 213) où fut pratiquée l'hémisection de *Faure*, il s'agissait d'un utérus fibromateux à noyaux multiples et accompagné d'une salpingite droite et d'un volumineux pyosalpinx gauche, fortement adhérent dans la profondeur. L'opération dura 40 minutes.

Dans un cas (obs. 16); on se trouva en présence d'un volumineux myôme du volume d'une tête fœtale en voie de dégénérescence sarcomateuse. On pratiqua une hystérectomie totale en 2 temps:

1^{er} temps hystérectomie subtotala d'après « *Kelly-Beuttner* »;

2^{me} temps extirpation du moignon du col.

L'opération dura 60'.

Restent les 12 cas, où l'on employa la méthode de « *Kelly-Beuttner* ». Les deux premiers cas (obs. 14 et 31) furent opérés d'après la technique en usage en 1917.

Mais à partir du mois de mars (obs. 137) *on introduisit une modification dans la péritonisation*: Dans de nombreux cas, on était dans l'impossibilité, faute de place, de mettre sur le ligament large une pince surnuméraire; aussi supprima-t-on sur chaque ligament large, la deuxième pince supplémentaire. Et après avoir fermé le col comme précédemment et placé des ligatures sur chaque ligament rond et spermatique on rapprocha les deux feuillets de chaque ligament large; en tirant sur les fils des ligaments spermatiques et sur ceux du point médian du col que l'on avait conservés et repérés avec des pinces de *Kocher*. On sutura ensuite l'un à l'autre les deux

feuillet, de la ligne médiane jusqu'aux ligaments spermatiques. A la fin de l'opération, il restait donc 3 fils repérés, les deux des ligaments spermatiques et celui médian du col.

Neuf cas (obs. 154-200-236-341-358-411-436-442-550) furent opérés avec cette dernière modification.

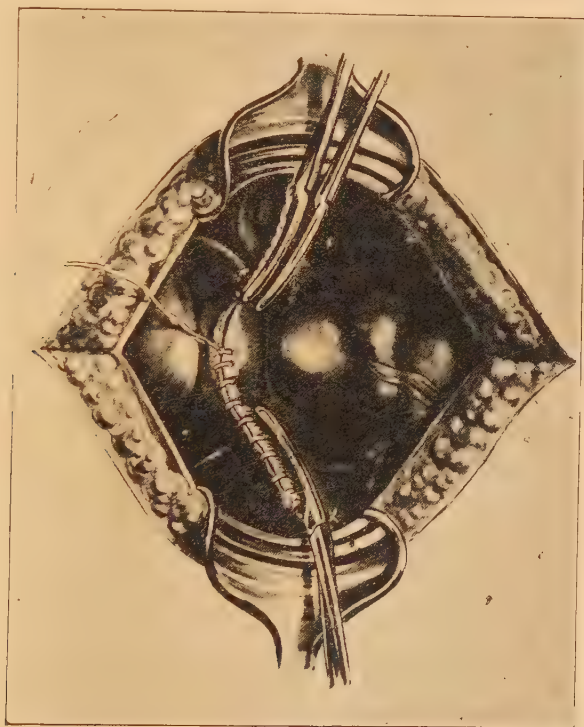


Fig. 3.

Dans ces quatorze opérations, on pratiqua 6 fois la laparotomie médiane et 8 fois l'incision de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel*.

Année 1919

En 1919, 17 cas de myômes ont été opérés par voie abdominale et, dans ces 17 cas, on eut recours à l'hystérectomie subtotale de « *Kelly-Beuttner* ».

Dans les trois premiers cas (obs. 35-74-75) la technique employée fut celle de fin 1918.

Mais dès le quatrième cas (obs. 122) *on introduisit une modification dans la fermeture du col et la péritonisation.*

En effet, le point médian du col dont les fils étaient repérés, gênait considérablement l'application du péritoine vésical sur la face postérieure du col et ne permettait pas une couverture sérieuse, complète du moignon cervical. Aussi pour parer à cet inconvénient, procéda-t-on ainsi: *Les artères utérines et les ligaments spermatiques et ronds liés; on badigeonne le moignon cervical avec de la teinture d'iode; puis on ferme la tranche cervicale par trois points séparés au catgut: un point médian placé comme précédemment et deux points latéraux, placés l'un à droite, l'autre à gauche. Les fils en sont repérés par des pinces de Kocher. A ce moment on coupe les fils du point médian.*

Quant à la péritonisation on part de la ligne médiane vers le ligament spermatique gauche, en appliquant l'un contre l'autre les 2 feuillets du ligament large et l'on procède de même à droite.

L'opération dura 30' et l'extirpation de la tumeur n'en prit que 3'.

Les 13 autres cas furent opérés de la même façon (obs. 126, 136, 220-243-246-278-280-320-322-331-363-478-564).

Dans ces 17 opérations, on pratiqua 5 fois la laparotomie médiane et 12 fois l'incision transversale de *Rapin-Küstner-Pfannenstiël*.

Année 1920.

Durant le cours de cette année, 12 cas de myômes utérins furent extirpés.

Dans ces 12 cas, l'opération pratiquée fut l'hystérectomie subtotale d'après « *Kelly-Beuttner* ». La technique fut la même qu'en 1919, et ne subit aucune modification (obs. 63-75-97-99-129-140-181-183-262-385-452-460).

6 fois on eut recours à la laparotomie médiane et 6 fois à l'incision de *Rapin-Küstner-Pfannenstiël*.

Année 1921

8 opérations abdominales furent pratiquées durant cette année pour des myômes utérins.

On pratiqua 2 fois une hystérectomie subtotale par morcellement, 1 fois une décollation antérieure et 5 fois une hystérectomie subtotale d'après le procédé de « *Kelly-Beuttner* ».

Dans les 2 cas, où l'on eut recours à l'hystérectomie subtotale par morcellement, il s'agissait la première fois (obs. 100) d'un utérus fibromateux, du volume d'une grossesse de 3 mois et complètement adhérent aux organes voisins. La tumeur était impossible à extérioriser et les annexes invisibles.

L'opération dura 1 h. 05.

Dans le second cas (obs. 311) le *situs* était le suivant: Volumineuse tumeur, de la grosseur d'une tête d'adulte, de forme irrégulière, et fortement adhérente aux intestins; la tumeur était également impossible à extérioriser.

L'opération dura également 1 h. 05.

Dans un cas (obs. 162), l'abdomen ouvert, on trouva un utérus fibromateux, du volume d'une matrice de 5 mois et ayant sur sa face antérieure un noyau myomateux sous-séreux. De chaque côté se trouvaient 2 kystes de l'ovaire, de la grosseur d'une tête fœtale et ayant contracté de nombreuses adhérences avec les intestins. Comme il était impossible de placer les pinces à ligament, on pratiqua une hystérectomie subtotale par décollation antérieure de *Faure*.

L'opération dura 1 heure.

L'hystérectomie subtotale de « *Kelly-Beuttner* » fut pratiquée dans les 5 autres cas (obs. 89-187-235-275-415). Dans un cas (obs. 187) le myôme était accompagné d'une salpingite gauche adhérente, on pratiqua l'hystérectomie de droite à gauche.

Dans ces 8 opérations, on fit 4 fois la laparotomie médiane et 4 fois l'incision de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel*.

Année 1922

En 1922, on pratiqua 14 opérations abdominales pour des myômes utérins. Et sur ces 14 interventions, on fit une fois une énucléation et 13 fois une hystérectomie supravaginale d'après le procédé de « *Kelly-Beuttner* ».

Dans un cas (obs. 201) il s'agissait d'un utérus rétrofléchi ayant sur sa face antérieure un noyau myomateux sous-séreux. On pratiqua une myomectomie et l'on termina l'opération par une ventrofixation.

Dans 10 cas, on pratiqua l'hystérectomie supravaginale de

« *Kelly-Beuttner* » d'après la technique de l'année précédente (obs. 98-217-221-222-234-315-346-370-371-373).

Mais vers la fin de l'année, on essaya de simplifier la péritonisation. On s'était aperçu, en effet, que dans quelques cas, aussitôt la pince à ligament enlevée, le feuillet postérieur se retirait presque complètement et l'on avait toutes les difficultés pour fermer convenablement les ligaments.

Aussi, pour parer à cet inconvénient, on plaça, avant de retirer la pince de *Faure*, sur chaque ligament large dans la région de la section du ligament rond, un point en U qu'on noua sur le feuillet postérieur (Voir fig. 6).

3 cas furent opérés avec cette modification (obs. 445-455 et 498) et dans les 3 cas cette façon de procéder a donné entière satisfaction.

Dans les 14 opérations, on pratiqua 5 fois la laparotomie médiane et 9 fois la laparotomie transversale de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel*.

Dans le précédent tableau, nous avons réuni douze cas, afin de comparer la durée des différents temps opératoires. Nous avons constaté alors que dans dix cas, la durée de la péritonisation (hémostase et fermeture du col) était supérieure à la somme des autres temps opératoires. Nous étions arrivés ainsi à la conclusion que l'acte de la péritonisation devait être simplifié.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons rassemblé six cas, choisis parmi tous ceux opérés depuis 1918; afin de pouvoir les comparer à ceux du tableau précédent et juger ainsi des résultats obtenus par les différentes modifications.

1 Cas	2 Obs.	3 Ouverture de l'abdomen et extirpation de la tumeur	4 Suture du col Hémostase Péritonisation	5 Révision de l'appendice et fermeture de l'abdomen	6 Durée totale de l'opération
1	550/18	4'	10'	13'	27'
2	35/19	5'	9'	12' 1/2	26' 1/2
3	74/19	4'	22'	9'	35'
4	75/19	3'	9'	6' 1/2	18' 1/2
5	122/19	4'	9' 1/2	7'	20' 1/2
6	136/19	4'	8'	5'	17'

On remarquera dans ce tableau que les temps de la colonne 4 ont sensiblement diminué. En effet, dans les cas 1-2-5-6 ces temps sont inférieurs à la somme des temps des colonnes 3 et 5; dans le cas 1, le temps de la péritonisation est plus court de sept minutes; dans le cas 2 de huit minutes et demi, dans le cas 5 de deux minutes et demi et dans le cas 6 d'une minute.

Dans le cas 4, cette durée est à peu près égale et dans le cas 3, elle lui est supérieure de neuf minutes.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'opération de « *Kelly-Beuttner* », telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, comprend tout une série de temps principaux, se succédant les uns aux autres d'une façon précise, ce qui permet d'opérer avec plus de méthode, plus de précision, et de gagner ainsi un temps précieux.

Cette opération peut se diviser en 7 temps principaux :

- I Laparotomie médiane ou transversale;
- II. Extériorisation de la tumeur;
- III. Clampage des ligaments;
- IV. Extirpation de la tumeur;
- V. Hémostase et fermeture du col;
- VI. Péritonisation.
- VII. Revision de l'appendice et fermeture de l'abdomen.

Premier temps.

LAPAROTOMIE :

Dans la majorité des cas de myômes utérins, traités par la méthode chirurgicale, nous pratiquons à la *Clinique Gynécologique* de Genève: l'incision transversale sus-pubienne ou incision de *Rapin-Küstner-Pfannenstiel*¹. Nous réservons en général l'incision médiane pour les tumeurs volumineuses dépassant l'ombilic.

¹ O. BEUTTNER: Suprasymphysärer Bogenschnitt nach RAPIN-KÜSTNER. (*Centralblatt für Gynäkologie* No. 29, 1902) et O. BEUTTNER: Suprasymphysärer Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel (*Centralblatt für Gynäkologie* No. 30, 1902.)

L'incision est faite dans le pli sus-pubien et suivant une ligne légèrement incurvée vers la symphyse. La peau incisée, on a coutume de se servir d'un second bistouri pour pénétrer dans la profondeur; inciser la graisse et l'aponévrose. L'incision profonde ne se fera que dans la partie médiane, tandis que latéralement l'incision ne portera que sur la peau. On évitera ainsi de sectionner les rameaux superficiels des vaisseaux épigastriques et l'hémostase sera grandement simplifiée.

L'aponévrose du grand droit est coupée au ciseau, transversalement à droite puis à gauche, aussi loin que possible sous le tissu sus-jacent, puis libérée tant du côté de l'ombilic que du côté du pubis.

D'abord du côté ombilical: L'aponévrose est saisie par deux pinces de *Kocher* sur la ligne blanche qui est sectionnée par quelques coups de ciseaux.

L'aponévrose est enfin décollée de la face antérieure des grands droits vers l'ombilic à l'aide d'un tampon de gaze. Du côté du pubis: L'aponévrose est soulevée par deux pincettes au point où elle adhère à la ligne blanche. Les muscles sont décollés d'avec l'aponévrose avec les ciseaux jusqu'au pubis.

Les deux grands droits sont séparés avec les doigts sur la ligne médiane. Le péritoine est soulevé avec deux pincettes et incisé sur la ligne médiane à l'aide des ciseaux.

Deuxième temps.

EXTÉRIORISATION DE LA TUMEUR.

L'abdomen ouvert et le *situs* établi, l'opérateur place sur la tumeur, à l'endroit le plus favorable un tire-bouchon de *Doyen* et éventuellement un second, si la tumeur est fortement enclavée dans le Douglas; puis il extériorise la tumeur.

On place alors derrière le myôme et dans le Douglas une compresse afin de protéger les intestins et la grande cavité abdominale.

Troisième temps.

CLAMPAGE DES LIGAMENTS.

Pendant que l'assistant tire de la main gauche la tumeur à droite et déprime fortement de la main droite le bord gauche de la plaie abdominale, l'opérateur applique une *forte pince à ligament de Faure*, sur toute la largeur du ligament large gauche jusqu'au bord de l'utérus et en comprenant le ligament rond; puis il place verticalement à la pince de ligament, une pince de *Kocher*, en comprenant la trompe, le ligament large et le ligament propre de l'ovaire. On prendra soin qu'un petit intervalle sépare l'extrémité des deux pinces, pour que plus tard, à la section des ligaments, les ciseaux y puissent passer.

Les pinces placées à gauche, la tumeur est réclinée de ce côté, l'assistant déprime fortement le bord droit de la plaie et la même manœuvre se répète pour le ligament large droit. (Voir fig. 4.)

Quatrième temps.

EXTIRPATION DE LA TUMEUR.

L'opérateur sectionne alors sur la pince, d'abord le ligament large droit jusqu'au col, et ensuite seulement le ligament large gauche. La tumeur est maintenue énergiquement par le tire-bouchon, le péritoine vésico-utérin est incisé au niveau de l'isthme utérin et la vessie est refoulée en bas avec un tampon par l'assistant. On repère la portion inférieure et latérale gauche du col avec une pince de *Museux*. (Voir figure 5.) On attaque alors le col de gauche à droite: *en pinçant d'abord* l'artère utérine gauche; on sectionne le col aux ciseaux et on pince ensuite l'artère utérine droite. Pendant ce temps l'assistant tire sur la pince de *Museux* appliquée sur le col. Il allonge ainsi la courbure des artères utérines, diminue leur calibre et évite une hémorragie, au moment de leur section. Arrivé sur le bord droit de l'utérus, l'extirpation est terminée.

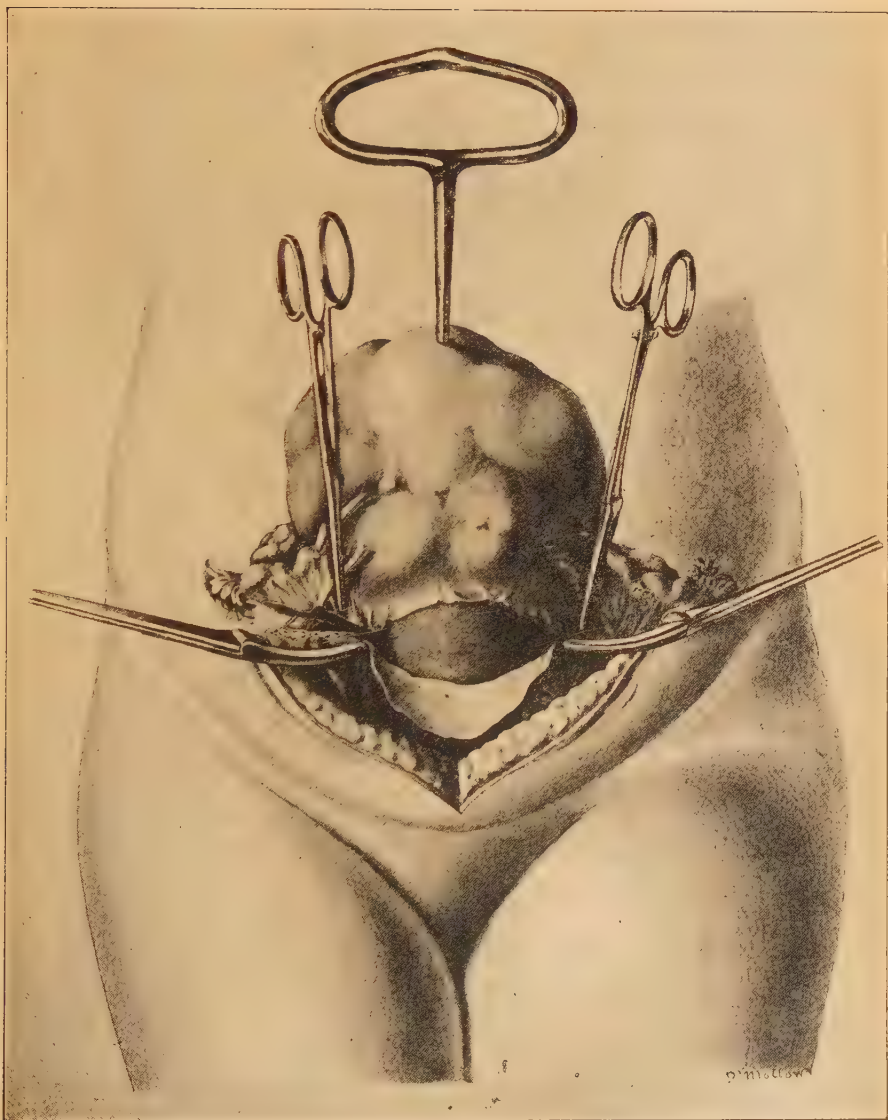


Fig. 4.

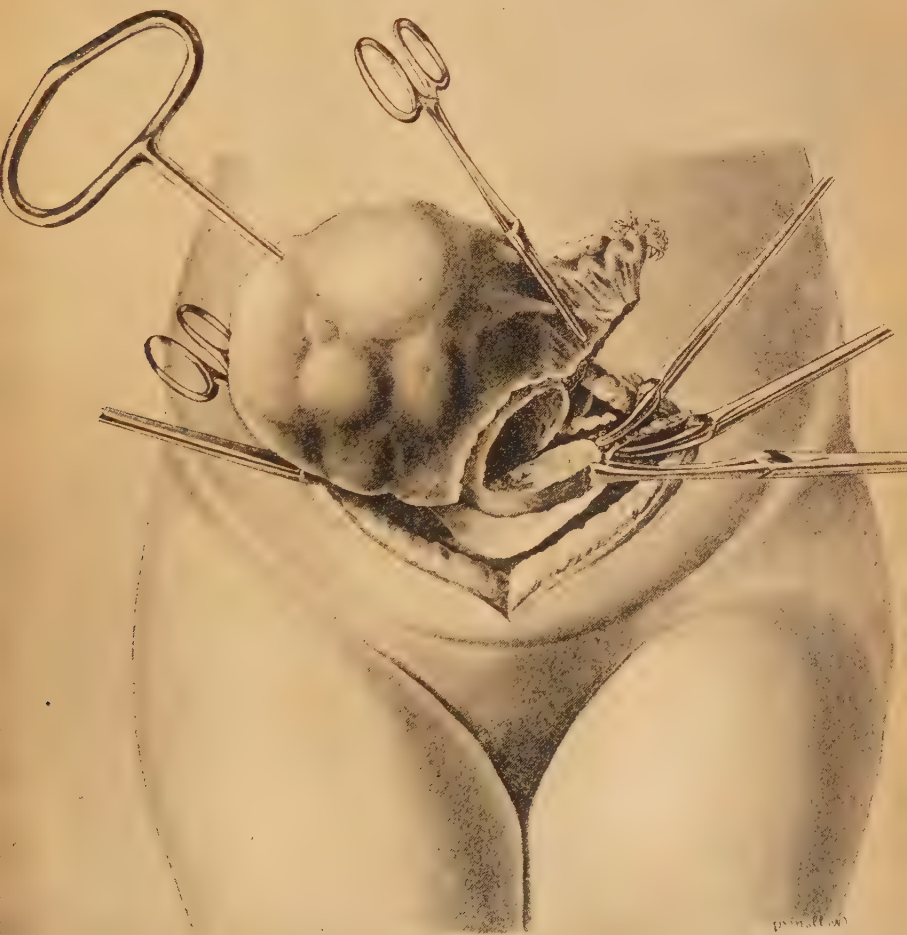


Fig. 5.

Cinquième temps.

HÉMOSTASE ET FERMETURE DU COL.

La tumeur extirpée, la tranche cervicale est iodée; la pince de *Museux* est ramenée sur la ligne médiane de la lèvre postérieure. Les artères utérines sont ensuite liées de la façon suivante: le chirurgien, à l'aide d'un porte-aiguille à pédale de *Faure*, conduit un catgut à travers le bord latéral gauche du moignon cervical et le noue en dehors de l'artère utérine qui est ainsi appliquée fortement contre le bord cervical. La même manœuvre se répète pour l'artère utérine droite.

La tranche cervicale est ensuite fermée par 3 points séparés au catgut. D'abord un point médian qui ne devra pas traverser le canal cervical (Voir fig. 2). En effet, le fil prend la partie antérieure du moignon, ressort et passe par dessus le canal cervical, puis retransverse la partie postérieure du moignon. Les fils sont ensuite noués et repérés par une pince de *Kocher*. Enfin deux points latéraux l'un à gauche et l'autre à droite, les fils en sont repérés par deux pinces de *Kocher*. Les fils du point médian sont alors coupés.

Les ligaments spermatiques sont liés sous la pince à ligament et les fils en sont également repérés par une pince de *Kocher*.

Les ligaments ronds sont pris dans le point en U placé sur les ligaments larges; ces fils sont coupés.

Sixième temps.

PÉRITONISATION:

L'hémostase terminée, et la tranche cervicale fermée, le chirurgien enlève la pince à ligament large gauche, la sœur affronte ensuite les deux feuillets du ligament large gauche, en tirant légèrement sur les fils du ligament spermatique gauche et du point latéral gauche du moignon cervical. Le chirurgien fixe alors, sur la ligne médiane, par un long catgut, le péritoine vésico-utérin sur le péritoine postérieur du moignon cervical et avec l'un des chefs, il ferme, par un sujet, le ligament large gauche jusqu'au ligament spermatique correspondant. (Porte-aiguille à pédale de *Faure*).

On enlève ensuite la pince à ligament large droite et avec un second fil, fixé également sur la ligne médiane du col, on ferme le ligament large droit jusqu'au ligament spermatique droit.

A la fin de la péritonisation, il ne reste que les quatre fils, repérés par les pinces de *Kocher*; les deux sur les ligaments spermatiques et deux sur les bords du moignon cervical. (Voir fig. 6). Ces quatre fils servent à étendre le champ opératoire, afin de vérifier le petit bassin, puis on les coupe. (Voir fig. 7.)

Septième temps.

REVISION DE L'APPENDICE ET FERMETURE DE L'ABDOMEN.

Sur le bord droit et inférieur de la plaie abdominale, on applique une valve de *Doyen*, on voit alors dans la profondeur se dessiner le cœcum, de couleur bleuâtre, on le saisit avec une petite pince à kyste et on l'amène dans le champ opératoire. On peut alors aisément contrôler l'appendice; mais on ne le palpera qu'avec une très grande délicatesse. A la clinique gynécologique de Genève, l'appendice n'est extirpé que suivant les indications posées par notre maître, le Professeur *Beuttner*¹ et par son médecin adjoint le Dr *Waegeli*².

L'abdomen est alors fermé suivant le procédé de la clinique. Le péritoine est fermé de l'ombilic vers la symphyse, par un surjet au catgut simple mené avec l'aiguille de *A. Reverdin*. Les muscles grands droits sont rapprochés par deux ou trois gros catguts séparés. En admettant que l'on aie pratiqué la laparotomie transversale, on réunit d'abord les deux feuillets de l'aponévrose par un point séparé placé sur la ligne médiane et on la ferme ensuite par un surjet au catgut simple mené de droite à gauche.

Trois points séparés au catgut sont placés dans le tissu adi-

¹ O. BEUTTNER: Les relations des affections gynécologiques avec l'appendice et les indications qui en découlent pour l'appendicectomie. (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, LXXXI, p. 406).

² Ch. WAEGLI: Relations entre les affections gynécologiques et l'appendice. Etude basée sur 896 laparotomies pratiquées à la Clinique Gynécologique de Genève de 1907 à 1917. (Correspondenz Bl. f. Sch. Aerzte No. 34, 1918.)

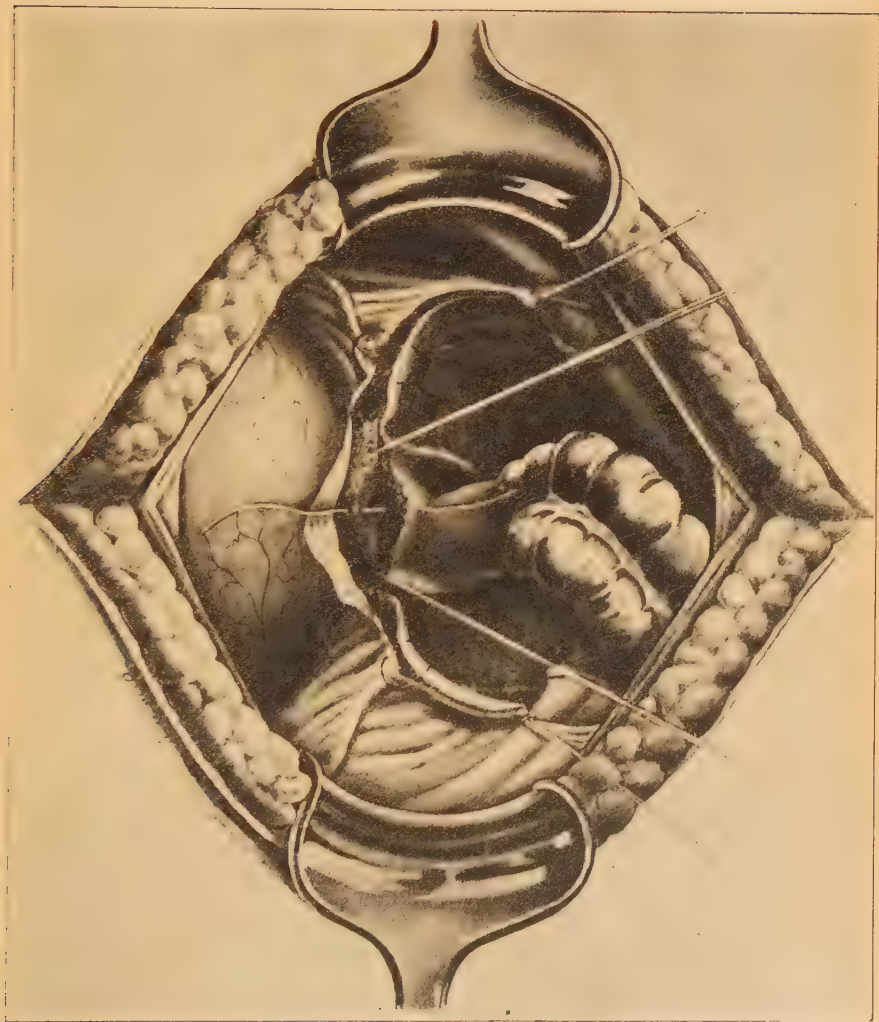


Fig. 6.

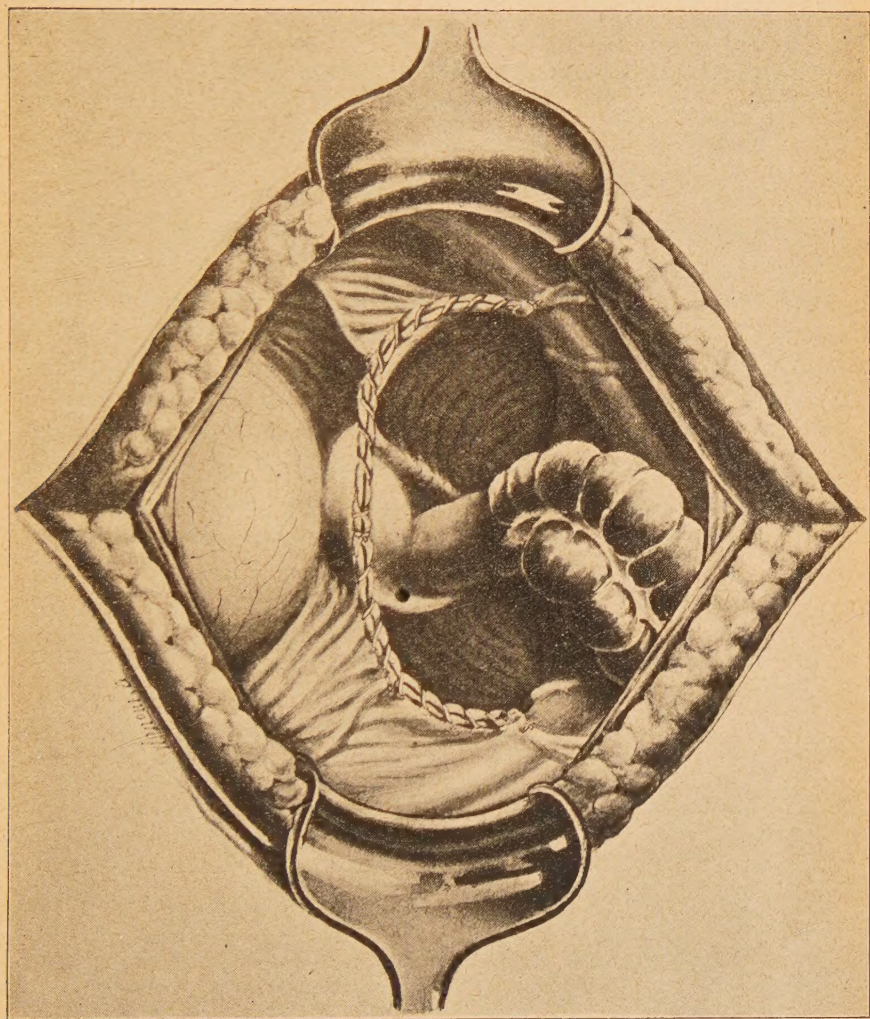
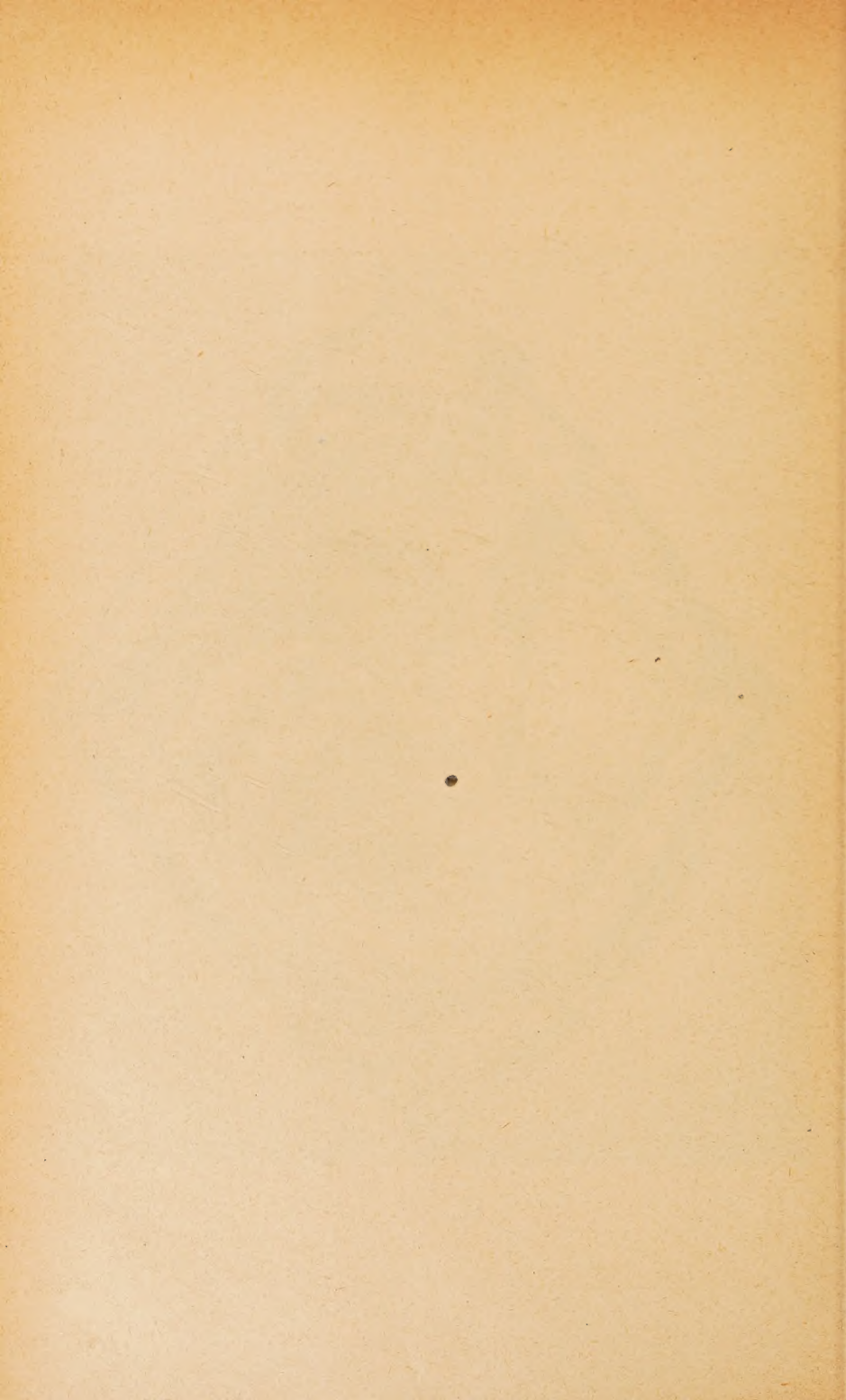


Fig. 7.



peux. La peau est fermée par des agrafes de *Michel*. Iodage de la plaie. Pansement avec de la gaze xéroformée maintenue par le collodion seulement sur les bords et par-dessus des compresses stériles.

On enlève, généralement le pansement et les agrafes le septième jour et la malade se lève le douzième jour.

N.B. — Ayant remarqué dans de nombreuses interventions, que suivant la forme du myôme, le feuillet postérieur du ligament large, sitôt la pince à ligament enlevée, se retirait plus ou moins fortement, on procède actuellement de la façon suivante: on place, sous la pince à ligament, avec le porte-aiguille à pédale de *Faure*, un point en U, dans la région de la section des ligaments ronds, et l'on noue les deux fils sur la partie postérieure. (Voir fig. 6.)

Grâce à ce point en U, un double but est atteint: faire la ligature sur le ligament rond sectionné, et appliquer le feuillet antérieur sur le feuillet postérieur avant que la pince ne soit enlevée.
